5

RAPPORT

SUR UNE

OBSERVATION DE MAL PERFORANT DES DEUX PIEDS;

ET SUR UNE

OBSERVATION DE FRACTURE DE LA CUISSE

COMPLIQUÉE

D'OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE POPLITÉE ET SUIVIE DE GANGRENE DU MEMBRE.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

PRESENTED by the AUTHOR

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22291441

Extrait de l'**Union Médicale** (nouvelle série), des 17 et 22 Mars 1859.

RAPPORT

SUR UNE

OBSERVATION DE MAL PERFORANT DES DEUX PIEDS;

ET SUR UNE

OBSERVATION DE FRACTURE DE LA CUISSE

COMPLIQUÉE

D'OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE POPLITÉE ET SUIVIE DE GANGRÈNE DU MEMBRE;

LU A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Dans la séance du 8 Janvier 1859,

PAR M. H^te Bon LARREY.

Deux intéressantes observations de chirurgie ont été adressées à la Société médicale d'émulation, dans la séance de décembre 1858, à titre de candidature, par M. le docteur Onésime Lecomte, médecin aide-major de 1re classe à l'hôtel des Invalides. Une commission, composée de MM. Forget, Ludger Lallemand et Larrey, a été chargée d'examiner ce double travail et d'en rendre compte à la Société. C'est comme rapporteur de la commission que je m'empresse, Messieurs, de vous faire connaître les faits choisis par M. Lecomte, pour obtenir son admission parmi nous.

La première observation, désignée sous le titre de *Mal perforant des deux pieds,*

est relative à une affection assez singulière, non définie encore dans sa nature, quoique étudiée assez bien aujourd'hui, et sans doute peu connue autrefois, ou confondue plus probablement avec d'autres altérations, même assez communes de la plante des pieds, sous les noms vulgaires de *durillons, verrues* ou *callosités*. Recherchons, avant d'analyser l'observation de M. Lecomte, si le mal dont nous allons nous occuper n'avait pas fixé, depuis longtemps, l'attention des praticiens. On peut présumer au moins que beaucoup de chirurgiens l'ont vu, sans y attacher d'importance.

Je n'ai pu me procurer une très ancienne dissertation latine de Wedel (1), qui semble avoir indiqué, l'un des premiers, cette affection.

Admettons même qu'elle ait été décrite dans des publications spéciales, telles que la monographie de Lion (2), en Angleterre; mais nous n'en avons pas la certitude.

On doit supposer aussi que les pédicures de profession connaissent bien toutes les formes de ce mal et les accidents qui s'y rattachent. Et cependant, les quelques écrits de ces spécialistes laissent à peu près tout à désirer à cet égard. C'est ainsi que Laforest (3), dans un petit livre assez bien fait, ne parle cependant que des altérations les plus superficielles. Dudon (4) a énoncé une variété ou une complication de cors pénétrant jusqu'aux os à travers les parties molles, et que l'on croirait être l'indication du mal perforant; mais qui semble en différer, comme nous le démontrera surtout l'observation de M. O. Lecomte.

C'est à Boyer (5) qu'il faut rapporter la première description de cette maladie. Il en a exposé les caractères essentiels et la gravité, en signalant les difficultés de la guérison, mais il n'a pas tout dit sur ce qu'il appelle les *cors de la plante du pied,* quoiqu'il leur ait accordé une attention particulière.

Permettez-moi, Messieurs, de citer maintenant l'autorité d'un maître qu'il ne faut pas oublier. Je suivais assidûment, de 1830 à 1832, les brillantes leçons de clinique chirurgicale de Dupuytren, et je me rappelle qu'un jour, l'éminent professeur, laissant de côté les cas graves ou compliqués, recherchés d'ordinaire par lui pour sujets de son enseignement, eut la fantaisie de nous entretenir des durillons et des cors aux pieds. L'assistance toujours nombreuse fut doublement étonnée, d'abord du choix d'une pareille question, et ensuite de l'intérêt que le maître sut en faire ressortir.

Il démontra ainsi combien les éléments anatomiques de la plante du pied sont complexes et se trouvent exposés quelquefois aux lésions les plus profondes, par suite d'affections souvent superficielles, et il prit pour exemple certains durillons siégeant sur les parties saillantes de la plante du pied, au niveau surtout des articulations métatarso-phalangiennes. Le mal n'intéressant d'abord que l'épiderme transformé en une sorte d'hypertrophie circonscrite ou production cornée, ulcère ensuite la surface du derme

(1) *De clavo pedis dissertatio,* Iena, 1686.
(2) *Treatise upon spinæ pedis,* Londres, 1802.
(3) *L'Art de soigner les pieds,* Paris, 1782.
(4) *Manuel du pédicure,* Paris, 1824.
(5) *Traité des maladies chirurgicales,* 1re édit., t XI, 1826.

qui, peu à peu, se perfore circulairement dans toute son épaisseur; il y établit une fistule séro-sanguinolente ou puriforme, puis il atteint les tissus fibreux et synoviaux de cette région, les entame et les détruit, dénude enfin les os de leur périoste, et les frappe successivement d'ostéite, de carie et de nécrose, en ne s'arrêtant d'ailleurs à certains degrés de cette marche envahissante, que pour se reproduire de nouveau, résister alors aux moyens de traitement les mieux entendus et nécessiter, dans différents cas, des amputations partielles du pied.

Tel fut, Messieurs, et j'en ai bien gardé le souvenir, en le rappelant quelquefois dans mes cours, tel fut l'objet de cette leçon inédite de Dupuytren. N'est-ce pas là le *mal perforant du pied,* et ne sommes-nous pas en droit de rattacher le nom de ce grand chirurgien à l'histoire de cette grave affection ?

M. Lenoir (1) dans des recherches anatomiques très attentives sur les bourses séreuses de la plante du pied, a démontré leur existence constante au niveau des trois points saillants qui forment, dans cette région, une sorte de voûte à trois piliers, correspondant aux articulations métatarso-phalangiennes du premier et du cinquième orteils, ainsi que du talon. Il a exposé ensuite, d'après des leçons et des observations cliniques de notre excellent maître M. le professeur J. Cloquet, les effets mécaniques de pression et de frottement sur ces trois points, l'épaississement, l'induration et les callosités de leur épiderme, agissant, à son tour, comme corps étranger sur le derme sous-jacent, qu'il irrite, qu'il ulcère et perfore, ainsi que la bourse celluleuse sous-cutanée, en provoquant un écoulement séro-puriforme, et en atteignant de même les gaînes tendineuses ou synoviales, l'articulation voisine ou le périoste et les os. N'est-ce pas là encore l'histoire partielle sinon complète de la maladie qui nous occupe, à propos de l'observation de M. Lecomte ?

Marjolin (2) en a rapporté deux exemples recueillis par lui-même dans son immense pratique, et d'après lesquels il décrit quelques-uns des accidents consécutifs, qu'il rattache aux *ulcères verruqueux,* en les exposant du reste, avec une grande exactitude.

M. Nélaton (3) a fait connaître une observation fort curieuse recueillie dans son service, sous le titre d'*affection singulière des os du pied.* Elle était caractérisée, en deux mots, par des perforations successives et spontanées de toute l'épaisseur de la peau, avec phlyctènes gangréneuses, fistules puriformes et nécrôse des os correspondants. Cette observation offre d'autant plus d'intérêt, que le malade atteint de ce mal, héréditaire dans sa famille, avait parcouru, depuis une douzaine d'années, différents hôpitaux, où il avait subi plusieurs amputations partielles du pied, pour l'extraction des séquestres. MM. Ricord, Blandin, Philippe Boyer, Michon, Malgaigne et Nélaton enfin, avaient pratiqué ces opérations. Nous précisons ainsi ce fait rare, parce qu'il a été le point de départ de ceux plus fréquents au contraire dont il s'agit ici, sans avoir avec eux

(1) La *Presse médicale,* 1837.

(2) *Dictionnaire de médecine,* article Ulcère, t. XXX, 1846.

(3) *Gazette des hôpitaux,* 10 janvier 1852.

une ressemblance réelle. Il serait plutôt comparable, selon nous, à un cas aussi extraordinaire communiqué récemment par M. Richet (1) à la Société de chirurgie.

M. Vésigné, d'Abbeville (2), en lisant l'observation de M. Nélaton, se souvint d'avoir vu quelques cas analogues à celui-là ; et presque aussitôt, il en publia quatre exemples détaillés, en donnant à la maladie le nom de *mal plantaire perforant*. On a adopté cette désignation, comme assez utile pour caractériser les accidents complexes de certaines affections vulgairement connues de la plante du pied.

Enfin la maladie dont M. O. Lecomte nous a communiqué une nouvelle observation, a été décrite avec beaucoup de soin, dans une thèse soutenue en 1855, à la Faculté de Paris, par M. Leplat (3), ancien interne distingué des hôpitaux civils, devenu aide-major des hôpitaux militaires. Il substitue la dénomination de *mal perforant du pied* à celle de *mal plantaire perforant*, comme exprimant d'une manière plus étendue, le caractère essentiel de l'affection, faute d'un mot plus précis, pour en expliquer la nature. On pourrait aussi l'appeler, il me semble, *ulcération perforante du pied*, selon un terme aussi exact et plus usité dans le langage médical, mais cette variante n'a point d'importance.

M. Leplat, dès 1852, étant interne de M. Richet, à l'hôpital de Bon-Secours, avait étudié, pour la première fois ce sujet, dans un mémoire pour les prix de l'internat, en considérant le mal comme un durillon forcé à l'état chronique. Telle avait été sans doute, l'opinion de Dupuytren, d'après ce que nous en avons dit ; telle est aussi probablement celle de quelques chirurgiens.

Les observations relatées dans la thèse de M. Leplat sont au nombre de huit ; et s'il n'en a pas produit davantage, c'est pour éviter des répétitions inséparables de l'uniformité des faits. Il examine cependant cette affection à diverses périodes, sous différentes formes, et déduit de leur ensemble des considérations toutes pratiques, jusqu'à la nécessité même d'amputer partiellement le pied ou tout au moins le gros orteil.

Ajoutons à toutes ces recherches que les journaux ou recueils périodiques de médecine ont rapporté certains cas isolés d'ulcération perforante du pied. Telles sont, notamment, les observations de MM. Broca (4), Dieulafoy, de Toulouse (5), Soulé, de Bordeaux (6), Follin et Verneuil (7). La plupart des praticiens, aujourd'hui, ont eu, en définitive, occasion de voir ou de traiter cette affection, et pour n'omettre aucun nom, il faudrait en citer un trop grand nombre.

Nous avons observé nous-même, enfin, mais sans les publier, deux ou trois faits graves du même genre, à la clinique de l'École du Val-de-Grâce, sans tenir compte

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 29 décembre 1858.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 5 février 1852.
(3) *Sur le mal perforant du pied*, août 1855.
(4) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1855.
(5) *Union médicale*, 1856.
(6) *Moniteur des hôpitaux*, 1856.
(7) Thèse de M. A. Gorju, Paris, 1857. *Observations de maladies de la peau de la plante du pied.*

des cas simples dont la fréquence dans l'armée, s'explique d'elle-même chez les fantassins, par les effets de leur chaussure et par les fatigues de la marche.

Il y aurait peut-être lieu maintenant, de décrire le mal perforant du pied, si nous ne trouvions dans l'observation recueillie aux Invalides, par M. Onésime Lecomte, un type très exact des faits du même genre. Nous en présenterons seulement une analyse succincte rendue plus précise encore par un dessin de M. Ossian Henri.

Un soldat invalide né B..., âgé de 56 ans, d'une bonne constitution, admis à l'hôtel, comme amputé d'un bras, mais exempt de toute maladie, ainsi que d'antécédents scrofuleux ou syphilitiques, était cependant sujet à une transpiration habituelle et assez abondante des pieds. Nous savons que cette infirmité, portée à un certain degré, est considérée comme un cas d'exemption du service militaire. C'est pourquoi nous devons en tenir compte ici, d'autant plus qu'elle était héréditaire dans la famille de l'ancien soldat. Il y avait, enfin, de larges durillons à la face plantaire des deux pieds, au niveau de la tête des premier et cinquième métatarsiens de chaque côté. Une cause occasionnelle fut le point de départ des accidents survenus ensuite. Cet homme occupait, six ans auparavant, un emploi qui l'avait obligé à des marches longues et pénibles. De là l'origine du mal qui se manifesta successivement par les symptômes suivants :

Au début, des douleurs très vives, térébrantes à la plante des pieds, retentissant dans toute l'étendue des membres inférieurs, jusqu'au point de déterminer quelquefois la syncope. Une sensation de froid très intense succède souvent à ces douleurs, comme si les deux membres étaient plongés dans la glace. Des altérations particulières, coïncidant avec ces premiers symptômes, se manifestent à la face plantaire de chaque pied, et particulièrement au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Ce sont des ulcérations creusées au centre de plaques épidermiques épaissies et indurées. Ces ulcérations se cicatrisent et se rouvrent alternativement plusieurs fois dans l'espace de six années, selon que le repos ou la fatigue intervienne. Le malade entre à l'hôpital de la Charité, où il séjourne un mois et retourne ensuite chez lui, où il se traite à peu près tout seul, pendant longtemps, c'est-à-dire assez mal. Il est enfin admis à l'infirmerie des Invalides, le 3 septembre 1858, dans la divison de M. le médecin en chef Hutin (1). Voici dans quel état se présentent les pieds de cet invalide : un engorgement sensible existe à ta région dorsale de chacun d'eux, jusqu'au niveau des malléoles, en contournant la région plantaire, où existent deux ulcérations presque semblables et symétriques, situées aux extrémités de la ligne articulaire métatarso-phalangienne. Ces ulcérations se trouvent creusées au centre de plaques irrégulières d'épiderme, qui, en se fendillant, leur ont donné naissance.

Après avoir décrit avec soin ces ulcérations, dont le siége et les caractères physiques sont bien indiqués sur le dessin annexé à l'observation, M. Lecomte signale une altération particulière des gros orteils, devenus plus courts et en partie atrophiés, ou plutôt

(1) Nommé alors médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

resserrés, ratatinés pour ainsi dire sur eux-mêmes. Celui du côté droit surtout offre l'aspect d'une sorte de moignon désossé ou charnu et mobile en tous sens. Les ongles de ces deux orteils sont tombés plusieurs fois. L'exploration des ulcérations non fistuleuses ne fait constater, avec le stylet, ni lésion des petites articulations, ni suppuration des bourses synoviales, dites muqueuses, ni altération ou dénudation des os, que touche l'instrument, mais qui sont encore recouverts de leur périoste.

Les moyens de traitement mis en usage pour guérir cettte affection, semblent réussir d'abord, et paraissent d'ailleurs assez simples. C'est de ramollir les callosités par les émollients, ou bien de les détacher couche par couche avec le bistouri, ou par abrasion circulaire, de cautériser le trajet fistuleux et de favoriser, par des pansements méthodiques, la cicatrisation des ulcérations. Elle s'effectue en deux mois; mais ce n'est là sans doute qu'une guérison provisoire, comme elle est déjà survenue, à plusieurs reprises, dans le principe; et plus tard, peut-être, faudra-t-il en venir à l'amputation du premier orteil de chaque membre. L'état actuel des deux pieds présente donc, de l'un et l'autre côté, des cicatrices en apparence assez solides, recouvertes de plaques épidermiques épaisses, mais elles sont douloureuses à la pression directe et dans la marche, disposées enfin à s'ulcérer de nouveau par la fatigue, ou le frottement, d'autant plus que l'engorgement habituel des extrémités persiste toujours (1).

M. Onésime Lecomte ajoute à son intéressante observation quelques remarques judicieuses, sur le développement et l'évolution de la maladie. Il signale une particularité qui ne lui semble pas avoir été encore mentionnée suffisamment : c'est, à une certaine période du mal, la disparition du tissu fibro-adipeux servant à garnir et à protéger le squelette du pied. Ce coussinet élastique n'existe plus, en effet, chez le malade, au niveau des cicatrices qui, de même que les plaques épidermiques, reposent immédiatement sur les extrémités osseuses des phalanges et des métatarsiens. L'indication, dans ce cas, sera de protéger la face plantaire par l'interposition d'une substance molle, formant, par exemple, un coussinet ou un bourrelet élastique, pour préserver la cicatrice du frottement ou des ulcérations nouvelles. Le caoutchouc vulcanisé nous semblerait convenir à cet effet, et préviendrait peut-être ainsi la récidive si fréquente du mal perforant. Ou bien on pourrait excaver l'intérieur de la chaussure dans le point correspondant à la cicatrice adhérente, comme nous l'avons fait faire une fois, au Val-de-Grâce, pour un cas analogue à celui-là.

Quelle est, en définitive, la nature de l'affection ? L'absence de toute influence générale ou diathésique, nous porte, comme M. O. Lecomte, à n'admettre ici qu'une lésion locale absolument mécanique. Disons, avec l'auteur de l'observation, qu'il faut en tirer seulement ce qu'elle donne, puisque la maladie ne semble point parvenue à son terme définitif : c'est-à-dire qu'il suffit de noter la succession des altérations suivantes : induration circonscrite de l'épiderme, sous forme de plaques ou de lamelles épaisses, effets

(1) Depuis la lecture de notre rapport, cet invalide a été exposé de nouveau à l'ulcération de ses cicatrices, et devra rentrer sans doute à l'infirmerie.

de compression profonde, avec douleurs térébrantes, perforation du derme ulcéré, destruction du tissu fibro-adipeux sus-périostique, cicatrices adhérentes aux extrémités articulaires des premières phalanges et du métatarsien, avec imminence d'exulcération nouvelle, de dénudation des os, d'ostéite et de nécrose.

Tel est aussi, à part ce cas particulier, la série ordinaire des accidents qui caractérisent la maladie décrite jusqu'ici sous le nom de *mal perforant du pied.*

L'intéressante observation de M. Lecomte et tous les faits que nous avons rappelés à son sujet, nous amènent à une conclusion simple et précise : l'ulcération perforante du pied est une affection essentiellement localisée, circonscrite, due à des causes toutes mécaniques de pression ou de frottement sur les parties saillantes de la région plantaire, et que, d'après de telles conditions, il importe de ne point confondre, comme on l'a fait quelquefois, avec des maladies d'une tout autre nature, telles que des dermatoses ou des ulcérations spécifiques, le cancroïde et le cancer.

La seconde observation, adressée par M. Onésime Lecomte à la Société, a pour titre : *Fracture oblique de la cuisse droite, au tiers inférieur ; oblitération de l'artère poplitée, par un long caillot fibrineux, au niveau de la fracture ; gangrène très étendue du membre inférieur ; mort et autopsie.*

Le seul énoncé de cette observation en indique l'intérêt. Il nous suffira de la résumer, pour faire apprécier sommairement toutes les particularités qui s'y rattachent.

Un soldat invalide, né S..., septuagénaire, fait une chute d'un lieu élevé et se casse la cuisse droite, au mois de janvier 1858. Transporté aussitôt à l'infirmerie, il est placé dans les salles de M. Hutin, médecin en chef. On l'examine avec soin et on constate une fracture très oblique du tiers inférieur du fémur, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, telle que le biseau du fragment supérieur fait saillie dans le creux poplité, un peu au-dessus du condyle interne. Le raccourcissement est considérable. On place d'abord le membre sur des coussins, dans la demi-flexion. Au bout de quelques jours, on substitue à la position simple un glossocôme modifié par J.-L. Petit, ou la boîte à fracture, dite de Baudens (1), et ensuite un appareil dextriné.

Deux mois après environ, la consolidation semble s'être effectuée dans d'assez heureuses conditions, bien que le cal se soit légèrement infléchi et qu'une inclinaison angulaire se soit formée à son niveau, lorsque des signes de gangrène se manifestent à l'extrémité inférieure du membre, en se prononçant de plus en plus. L'appareil est enlevé ; toute compression cesse, dès la première apparition de ces symptômes. On en recherche attentivement la cause, et en examinant le système artériel du membre fracturé, on reconnaît la cessation complète des pulsations dans toute l'étendue de l'artère poplitée ; nul battement ne se fait sentir dans les artères pédieuse et tibiale. Le sphacèle enfin est complet ; mais avant de se limiter, il provoque l'inflexion du membre, la chute

(1) *Des appareils dits glossocômes.* Thèse de M. Roy, Paris, 1855.

de larges eschares et une suppuration abondante qui épuise les forces du malade, en entraînant la mort le 27 septembre 1858.

Nous n'insistons pas sur les diverses phases de la maladie, pour arriver plus tôt à l'autopsie qui révèle des lésions anatomiques intéressantes. Ces lésions, bien connues de l'un de nos collègues, M. Maurice Perrin, et décrites avec beaucoup de soin dans tous leurs détails par M. Onésime Lecomte, peuvent, d'après lui, se résumer de la manière suivante : le fémur présente à son tiers inférieur une fracture très oblique. Les deux fragments inclinés l'un vers l'autre, à angle obtus, et une esquille très longue, détachée de la face postérieure de l'os, sont réunies ensemble par des jetées osseuses stalactiformes. Le biseau très aigu du fragment supérieur se prolonge vers le condyle interne, et offre là l'un des bords d'une gouttière ayant des rapports très curieux avec l'artère poplitée. Cette artère se trouve notablement déjectée en dedans de la ligne médiane, comme si elle eût été déplacée par la pression de la pointe du fragment supérieur de l'os qui l'affleure exactement. Elle est plus volumineuse ou plus dilatée dans ce point que l'artère de l'autre membre, mais déprimée ou aplatie dans la portion correspondante à la veine ; elle montre un peu au-dessus de l'articulation du genou un rétrécissement brusque avec une déviation sensible. Ses membranes sont épaissies, rigides et infiltrées d'une matière crétacée assez abondante ; sa cavité enfin se trouve oblitérée par un long caillot fibrineux, étendu de la partie supérieure du losange poplité, jusque vers le niveau de l'articulation du genou. Ce caillot, semblable aux dépôts fibrineux des anévrysmes, est perméable à son centre par un canal filiforme, et subit un rétrécissement marqué dans le point de déviation de l'artère. L'intérieur de celle-ci, au même endroit, fait découvrir deux ou trois replis, dont un surtout très prononcé, formant une sorte de valvule ou d'éperon, aux dépens des membranes internes épaissies et crétacées, qui oblitère ainsi le calibre du vaisseau. M. O. Lecomte insiste justement sur cette singulière altération qu'il a fait reproduire par un dessin. Quant au caillot, dont la longueur est de 6 centimètres environ, il remplit seulement l'artère poplitée, sans se prolonger dans les collatérales. Les artères de la jambe présentent une dégénérescence calcaire, et inférieurement les artères pédieuse et plantaire se perdent dans le détritus de la gangrène. Le reste de l'autopsie n'offre rien de notable.

Des réflexions aussi judicieuses que pratiques sont jointes par M. O. Lecomte à cette intéressante observation, et elles mériteraient d'être reproduites en entier, si nous ne devions plutôt les résumer sommairement. Remarquons d'abord, avec l'auteur, que le fait relaté par lui ne représente pas une simple gangrène traumatique, survenant comme complication de fracture, soit par excès d'inflammation, soit par l'effet d'une compression trop forte. Rien ne l'indique, d'après les signes appréciables de la fracture, ni d'après l'application exclusive de l'appareil. Ce n'est pas non plus absolument une de ces gangrènes séniles, si bien décrites surtout par Victor François (1), et dans

(1) *Essai sur les gangrènes spontanées*, Paris et Mons, 1832.

lesquelles on rencontre un caillot obturateur ou même des lamelles crétacées se détachant de la face interne des artères. Ce qui donne à ce fait, sinon unique, du moins fort rare, une valeur à part, c'est assurément l'intervention de la fracture, comme cause première et principale ou déterminante des accidents de gangrène, par la pression directe de l'extrémité du fragment supérieur du fémur sur l'artère poplitée, au point d'en produire l'oblitération. Mais on doit tenir compte aussi des conditions dans lesquelles a eu lieu cette fracture, c'est-à-dire chez un vieillard, prédisposé peut-être à une gangrène sénile, et soumis à l'emploi d'une boîte ou d'un appareil de compression trop forte relativement. Il y aurait là, en quelque façon, un enchaînement de faits pathologiques dont la part de chacun devient facile à apprécier.

Après avoir établi et démontré l'influence déterminante de la fracture sur la production de la gangrène, l'auteur de l'observation recherche attentivement quel a été le mode d'action de cette fracture, sur l'artère. Il passe en revue les causes diverses des oblitérations artérielles; et discute la question si controversée, pour ne pas dire si contestée de l'artérite, sans en admettre l'existence, du moins dans le cas actuel. Il s'arrête enfin à l'idée d'une lésion mécanique des parois de l'artère, par la pression du fragment osseux; lésion décrite précédemment et assez bien figurée dans le dessin, en faisant la part des effets successivement produits, à savoir, le ralentissement de la circulation, la coagulation du sang, la formation du caillot, et les phénomènes de la mortification.

Le temps nous a manqué pour rechercher, avec suite, s'il existe dans la science des cas analogues à celui-là, et nous ne présumons pas qu'il y en ait de semblable en tous points. Nous devons croire cependant que s'il n'est pas unique en son genre, il mérite d'être cité comme un cas rare et digne de toute l'attention des chirurgiens, eu égard aux effets de la fracture, au mécanisme de l'oblitération artérielle et à la cause de la gangrène symptomatique.

Après l'analyse des deux observations de M. Onésime Lecomte, avons-nous besoin, Messieurs, de vous rappeler que notre confrère a soutenu, à la Faculté de Paris, il y a plusieurs années déjà, une excellente thèse (1), qui a servi à peu près de point de départ à des travaux plus connus sur les anomalies testiculaires? Ai-je besoin personnellement de vous dire qu'il a été, à la même époque, chef de clinique chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce, recueillant chaque jour, avec le plus grand soin, toutes les observations dignes d'intérêt? Ai-je besoin d'ajouter enfin qu'il a bravement fait son devoir de médecin militaire dans la campagne de Crimée, et qu'il marquera dignement sa place parmi vous?

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer, pour conclusions de ce

(1) *Des Ectopies congénitales des testicules et des maladies de ces organes engagés dans l'aine.* Paris, juillet 1851.

rapport, de nommer M. le docteur Onésime Lecomte membre de la Société médicale d'émulation, et de faire imprimer ses deux observations dans un prochain fascicule de vos mémoires.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.